



# Contrat de coordination entre médecins traitants et établissements de soins pour personnes âgées dépendantes : qu'en pensent les généralistes ? Enquête auprès de médecins généralistes des Yvelines

Raphaëlle Papet-Lépine

## ► To cite this version:

Raphaëlle Papet-Lépine. Contrat de coordination entre médecins traitants et établissements de soins pour personnes âgées dépendantes : qu'en pensent les généralistes ? Enquête auprès de médecins généralistes des Yvelines. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01302517

**HAL Id: dumas-01302517**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302517>**

Submitted on 14 Apr 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N° 121

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Contrat de coordination entre médecins traitants et établissements  
de soins pour personnes âgées dépendantes :  
qu'en pensent les généralistes.

Enquête auprès de médecins généralistes des Yvelines

Présentée et soutenue publiquement  
le 29 septembre 2015

Par

***Raphaëlle PAPET-LEPINE***

Née le 5 décembre 1984 à Lyon (69)

Dirigée par Mme Le Docteur Fabienne Tourres Lopez, PH

Jury :

M. Le Professeur Alain Cariou, PU-PH .....Président

Mme Le Professeur Anne-Sophie Rigaud, PU-PH

M. Le Docteur Robert Sourzac, MCA

M. Le Professeur Jean-François Meder, PU-PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

## **Remerciements**

A ma maman, pour son soutien inconditionnel, son amour, et sa force de caractère.

A ma petite sœur, mon premier bébé, sois heureuse.

A ma meilleure amie, Aude, rencontrée sur les bancs de la faculté de médecine. Merci pour tous ces souvenirs en ta compagnie et pour ta présence infaillible à mes côtés dans les moments heureux comme dans les épreuves.

A Mathieu, mon âme sœur. Merci pour toutes ces années passées ensemble, amis d'enfance puis amoureux inséparables. Malgré les épreuves et les embuches, nous sommes toujours aussi unis. Merci pour ton soutien et ton amour. A tous nos bonheurs passés et futurs. Je t'aime.

A ma fille, Louane, mon rayon de soleil, ma bouille d'amour. Merci pour tous tes bisous humides, tes câlins et tes sourires si nombreux. J'espère que tu seras heureuse et épanouie.

A Fabienne, ma directrice de thèse. Merci pour ta patience et ton aide dans la réalisation de ce travail fastidieux.

Aux médecins qui ont accepté de me rencontrer et aux membres du jury qui ont accepté de juger mon travail.

# Table des matières

Liste des abréviations utilisées .....	5
<b>1 INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>2 DEFINITIONS ET CONTEXTE .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Médecin coordonnateur en EHPAD .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Contrat de coordination (Annexe 1) .....</b>	<b>10</b>
2.2.1 Les engagements de l'EHPAD .....	12
2.2.2 Les engagements du médecin traitant .....	12
2.2.3 La polémique .....	13
<b>2.3 Statistiques récentes de montée en charge .....</b>	<b>14</b>
<b>3 MATERIEL ET METHODES .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Le guide d'entretien .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Prise de rendez-vous .....</b>	<b>16</b>
<b>3.3 L'entretien .....</b>	<b>17</b>
<b>3.4 Analyse des entretiens .....</b>	<b>18</b>
3.4.1 Retranscription .....	18
3.4.2 Analyse thématique.....	18
<b>4 RESULTATS .....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Caractéristiques de l'échantillon .....</b>	<b>20</b>
4.1.1 Caractéristiques socio démographique des médecins rencontrés.....	20
<b>4.2 Analyse des entretiens .....</b>	<b>21</b>
4.2.1 Les médecins méconnaissent les contrats de coordination .....	21
4.2.2 Les médecins ne signent que rarement les contrats de coordination .....	23
4.2.3 Quels sont les arguments avancés pour justifier le choix de signer ou non ?.....	24

4.2.4	Depuis leur entrée en vigueur, les contrats de coordination ont peu modifié les pratiques médicales en EHPAD.....	27
4.2.5	Les contrats de coordination tombent en désuétude .....	32
4.2.6	Les propositions des médecins généralistes pour les EHPAD .....	33
<b>4.3</b>	<b>CONCLUSION DE CETTE ETUDE.....</b>	<b>35</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>38</b>
5.1	Limites de cette étude .....	38
5.2	Les mêmes difficultés rencontrées depuis 2010.....	39
5.1	Perspectives démographiques en France.....	42
5.1.1	Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans à l’horizon 2060.....	42
5.1.2	Démographie médicale.....	42
5.2	L’EHPAD à domicile, une nouvelle piste pour l’organisation de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées ? .....	43
<b>6</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>45</b>
<b>7</b>	<b>Bibliographie .....</b>	<b>46</b>
<b>8</b>	<b>ANNEXE 1 : Le contrat type.....</b>	<b>50</b>

## Liste des abréviations utilisées

ARS : Agence Régionale de Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GIR : Groupe Iso Ressources

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

PSGA : Plan de Solidarité Grand Age

URPS : Union régionale des Représentants des Professionnels de Santé

# 1 INTRODUCTION

Depuis le lancement du plan de solidarité grand âge (PSGA) suite à la canicule de 2003 (1), de nombreuses réformes concernant les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), tentent de renforcer l'encadrement et la maîtrise des dépenses de santé dans ces établissements (2).

Ces modifications du fonctionnement des EHPAD, ont nécessité leur restructuration, avec mise en place des conventions tripartites (3). Cette réorganisation a permis de redéfinir les rôles des intervenants, tant libéraux que salariés des EHPAD. Ainsi est créé un véritable statut de médecin coordonnateur et les praticiens libéraux intervenant dans les EHPAD ont vu leurs droits et devoirs redéfinis au sein d'un contrat de coordination. (Annexe 1) (4) (5)

Le caractère obligatoire de la signature de ces contrats, ainsi que leur contenu, ont provoqué une levée de bouclier d'une grande partie des professionnels de santé libéraux (6). En conséquence, beaucoup de médecins généralistes refusent de les signer. L'interdiction théorique d'intervenir en EHPAD, en l'absence de signature du contrat, n'empêche pourtant pas les médecins « non signataires » de continuer à suivre leurs patients. (7)

Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a déposé un recours contre ce décret, jugé inacceptable sur le plan de la déontologie médicale. Ce recours pour excès de pouvoir a été rejeté par le Conseil d'Etat le 20 mai 2011 (8), puis par le ministre du travail de l'emploi et de la santé le 3 août 2011. Le CNOM n'a donc pu proposer que quelques aménagements à apporter individuellement à ces contrats lors de la signature (9). Les derniers recours déposés devant le Conseil d'Etat, par le conseil de l'ordre national des kinésithérapeutes et celui des médecins ont abouti le 20 mars 2013 (10), à la confirmation des contrats de coordination malgré quelques modifications.



En 2014 sont apparus les premiers bilans de montée en charge du dispositif. Le suivi statistique est assuré par les agences régionales de santé (ARS) (11).

Aucune étude ne s'est réellement penchée sur ce que pensent les généralistes intervenant en EHPAD, à propos de ce contrat depuis leur entrée en vigueur. Connaissent-ils suffisamment le contenu de ce contrat ? Accord ou refus de le signer, quels sont les arguments avancés ? Signé ou non, quels changements ont été apportés dans leur pratique en EHPAD par la mise en place de ce contrat ? Quelles évolutions leurs semblent nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des patients en EHPAD ?

## 2 DEFINITIONS ET CONTEXTE

### 2.1 Médecin coordonnateur en EHPAD

Pour être engagé en tant que médecin coordonnateur en EHPAD, le médecin doit être gériatre ou détenteur d'un diplôme d'université (DU) de médecin coordonnateur d'EHPAD (12). Depuis 2005, les missions du médecin coordonnateur en EHPAD ont été clairement identifiées (13) :

« 1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre.

2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;

3° Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. A cet effet, il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance, liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 730 à R. 736 du code de la santé publique ;

4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents ;

5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;

6° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

7° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;

8° Elabore un dossier type de soins ;

9° Etablit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents ;

10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;

11° Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;

*12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques. »*

A travers ses missions, nous pouvons alors comprendre qu'il n'est pas un soignant au sein de la structure, hormis en situation d'urgence vitale. Il est plutôt le conseiller du directeur de l'établissement pour toute question gériatrique. Il est également le manager de l'équipe soignante. C'est lui qui insuffle l'esprit de l'établissement, qui fait circuler les informations et assure la formation continue du personnel. Une fois le patient admis par le directeur, il évalue ses besoins et organise les interventions qui permettront une prise en charge optimale. Il adaptera par la suite ces interventions tout au long du séjour du patient, en fonction de l'évolution de son état de santé. Le médecin coordonnateur doit également assurer la communication et la coordination entre tous les intervenants de la prise en charge.

## **2.2 Contrat de coordination (Annexe 1)**

La première apparition de ce contrat dans les textes législatifs français remonte à la Loi n° 200-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (14). Elle modifie l'article L.314-12 du code de l'action sociale et des familles et permet de préciser que : *« Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.*

*Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement.*

*Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement ».*

Il faudra ensuite attendre près de 9 ans pour voir le décret d'application de cette loi. Ainsi paraissent fin 2010, le décret n°2010-1731 du 30 décembre 2010 et l'arrêté du même jour, fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de soins libéraux, intervenant en EHPAD. Ils rendent obligatoire, à compter du premier janvier 2011, la signature du dit contrat pour tout professionnel de santé libéral intervenant en EHPAD. Ils ont ensuite été confirmés dans leur intégralité par le Conseil d'Etat le 20 mai 2011 (8), puis par le ministre du travail de l'emploi et de la santé le 3 août 2011 qui ont rejeté le recours du CNOM pour excès de pouvoir. Les derniers recours déposés par le CNOM ont abouti le 20 mars 2013 à quelques modifications par le Conseil d'Etat (10). Seuls sont concernés les articles 5 et 6 de l'arrêté du 30 décembre. L'article 5 relatif au droit de rétractation de deux mois après la signature est supprimé. L'article 6 précisant les conditions de résiliations et règlement des litiges entre signataires est partiellement annulé supprimant la possibilité de résiliation unilatérale du contrat. Seuls ces deux éléments ont été jugés de nature à enfreindre le principe du libre choix du médecin par son patient, en cas de résiliation, pour tout motif, du contrat par l'EHPAD.

Les contrats de coordination ont pour but affiché d'améliorer la prise en charge des résidents à travers une bonne coordination entre médecin traitant, EHPAD et médecin coordonnateur. (15) Ils décrivent les conditions d'intervention des médecins libéraux au sein de l'EHPAD en définissant les rôles et devoirs de chaque partie.

### **2.2.1 Les engagements de l'EHPAD**

-Présenter au médecin traitant

Le projet de soins de l'établissement et les protocoles qui s'y rapportent.

Le rôle et les missions du médecin coordonnateur.

Le rôle et les missions du pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie

Le fonctionnement de l'EHPAD, le règlement, les objectifs de qualité de la convention tripartite et le régime de dotation de l'EHPAD.

-Faciliter l'accès et l'intervention du médecin traitant

Conservation et accessibilité des dossiers médicaux

Transmission des informations nécessaire au suivi médical

Respect de l'intimité du colloque entre médecin traitant et résident.

Informé de la liste de médicaments à utiliser préférentiellement et liste des produits faisant l'objet d'une convention d'achat.

-Informé le médecin traitant des formations internes d'ordre médical dispensées aux salariés de l'établissement et auxquelles il peut assister.

-Assurer au médecin traitant une formation à l'utilisation du logiciel médical si le dossier est informatisé.

-Le médecin coordonnateur s'engage à assurer ses 12 missions citées précédemment.

### **2.2.2 Les engagements du médecin traitant**

-Adhérer aux objectifs du projet de soins de l'EHPAD.

-Respecter la charte des droits et libertés et le règlement intérieur de l'EHPAD et éviter sauf urgence de faire ses visites aux heures des repas.

-Assurer la continuité des soins.

- Participer à la vie médicale de l'établissement (élaboration ou révision de la liste des médicaments préférentiels), dans la mesure du possible.
- Prendre en compte dans ses prescriptions, les spécificités du fonctionnement de l'EHPAD.
- Signaler sa présence lors de son arrivée pour faciliter la transmission des informations.
- Constituer le dossier médical du patient lors de son admission dans la structure.
- Renseigner le volet médical du dossier du patient à chaque visite en respectant les modèles-types mis en place dans l'EHPAD.
- Mettre en œuvre les bonnes pratiques gériatriques.
- Echanger sur le projet de soins du résident avec le médecin coordonnateur.
- Prescrire préférentiellement au sein de la liste des médicaments proposée par l'EHPAD.
- Participer à une réunion de coordination par an, indemnisée à hauteur de la valeur de 4 consultations.

### **2.2.3 La polémique**

Immédiatement, les praticiens libéraux se sont élevés contre ces contrats de coordination. Sans compter le passage « *en douce* » (Dr3) du décret un 30 décembre, les médecins y voient une atteinte à leurs libertés et à celles de leurs patients. La liberté de prescription serait atteinte s'ils étaient obligés de restreindre leurs prescriptions à la liste préférentielle de la pharmacie de l'établissement. La liberté de l'organisation de leur temps de travail serait remise en question, avec les horaires de visites hors des repas, ou l'obligation informer de leurs dates de vacances et de donner le nom d'un remplaçant.

La liberté de choix du médecin par son patient semble en effet restreinte. Théoriquement, si le médecin traitant d'un patient refuse de signer le contrat, le patient est obligé de choisir un nouveau médecin. Les contrats des résidents en EHPAD ont d'ailleurs dû être modifiés dans

ce sens. Ils s'engagent lors de leur arrivée à prendre comme médecin traitant, l'un de ceux ayant signé le contrat de coordination si leur médecin en refuse la signature.

Comme expliqué dans les chapitres précédents, ces limitations des libertés des médecins et des résidents n'ont pas été jugées recevables lors de l'examen des recours devant le Conseil d'Etat du 20 mars 2013 (10).

### **2.3 Statistiques récentes de montée en charge**

Les rares statistiques disponibles, sur la montée en charge des contrats de coordination sont très hétérogènes. Par exemple en Alsace, 46% des médecins intervenant en EHPAD ont signé un contrat de coordination à la fin 2012, d'après l'ARS (16).

Alors que sur le bilan au 1<sup>er</sup> novembre 2013, de l'ARS Rhône Alpes (17), on constate que seulement 16,5% des médecins libéraux intervenant en EHPAD dans cette région, ont signé un contrat de coordination. Mais également que seulement 48.6% des EHPAD de la région ont signé des contrats de coordination avec des médecins libéraux. Au total, seuls 19.6% des patients résidant en EHPAD en Rhône Alpes sont suivis par un médecin signataire de l'un de ces contrats.



### **3 MATERIEL ET METHODES**

#### **3.1 Le guide d'entretien**

La réalisation du guide d'entretien se fait à partir des informations que l'on souhaite collecter lors des entretiens avec les médecins généralistes.

Ce guide d'entretien est la version finale. Les premiers entretiens ont été menés avec une version très proche mais qui a nécessité quelques corrections. Certaines phrases ont été reformulées afin de poser des questions plus ouvertes. Les médecins interrogés ont ainsi du répondre de façon plus argumentée ne se limitant pas à « oui » ou « non ».

\*\*\*\*\*

-Age, sexe

-Etudes et formations suivies (années), carrière, année d'installation

-Dans combien d'EHPAD intervenez-vous ? Combien de patients par EHPAD suivez-vous ?

-Pouvez-vous m'indiquer les principaux points de ces contrats, leur contenu ?

Quelles sont vos obligations et celles de l'EHPAD ?

-Avez-vous signé un contrat de coordination avec une ou plusieurs EHPAD ? Si oui, combien ?

-Quels arguments vous ont convaincu de signer/de ne pas signer, ces contrats ?

-En quoi votre pratique médicale a été modifiée depuis la mise en place de ces contrats (que vous ayez signé ou non) : conditions de travail, nombre d'interventions dans l'EHPAD,

nombre de patients suivis dans l'EHPAD, prescriptions, coordination avec l'équipe de la structure, prise en charge des patients ?

-Quelles seraient vos propositions pour améliorer la coordination avec l'équipe de l'EHPAD et pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients ?

- Selon vous, concernant les contrats de coordination, quels sont les sujets importants que nous n'aurions pas abordés au cours de cet entretien ?

\*\*\*\*\*

### **3.2 Prise de rendez-vous**

J'ai commencé par rechercher sur internet la liste des EHPAD dans les villes proches de mon domicile. Sur le site « Annuaire Sanitaire et Social » (18) j'ai ainsi sélectionné les villes et les EHPAD suivantes :

-Saint-Cyr l'école

EHPAD Korian l'Abbaye, 7 rue des Demoiselles de Saint Cyr.

-Le Chesnay :

Korian Hameau du Roy, 14, 16 Boulevard Saint Antoine

Les Chênes d'or, 158 rue de Versailles

-Guyancourt

Korian les saules, 11 rue Toulouse Lautrec

-Versailles :

Maison de retraite des sœurs Augustines, association Saint Augustin, 23 rue Edouard Charton

Le Val Bièvre, Association Espérance et Accueil, 4 rue Monseigneur Gibier

Maison Saint Louis, 24b rue du Maréchal Joffre

Résidence Hyacinthe Richaud, 80 boulevard de la Reine

La Providence, 45 rue des Chantiers

J'ai ensuite sélectionné, à partir du site des pages jaunes de l'annuaire téléphonique, tous les médecins généralistes qui exerçaient dans un rayon de 500m autour de chaque établissement. J'ai ainsi obtenu une liste de 60 médecins avec leurs coordonnées. Je les ai tous appelés. Je suis tombée soit directement sur le médecin, soit sur un secrétariat. Pour plusieurs médecins, les coordonnées recueillies se sont avérées erronées.

Le seul critère d'inclusion retenu était que le médecin intervienne en EHPAD. Si c'était le cas, je lui ai demandé s'il acceptait de me rencontrer pour un entretien individuel, au sujet des contrats de coordination avec les EHPAD.

### **3.3 L'entretien**

J'ai réalisé une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés individuels. Le nombre d'entretiens réalisés n'était pas défini à l'avance. J'ai poursuivi jusqu'à ce qu'il ne s'en dégage plus de nouveau thème. C'est ce qu'on appelle, dans ce type d'étude, la saturation des données.

Chaque entretien a été précédé d'une introduction orale non enregistrée expliquant le sujet de l'entretien ainsi que la méthode utilisée.

Dans un premier temps je posais la question à laquelle j'attendais une réponse libre. Je faisais ensuite préciser certains points afin de ne pas négliger d'éléments importants. L'ordre des questions était variable selon des entretiens, en fonction du fil de la conversation. Le guide d'entretien sert de support pour mener chaque entretien et s'assurer que tous les thèmes ont

été abordés. Le médecin interrogé n'avait pas accès à ce guide avant notre rencontre pour qu'il ne puisse pas préparer l'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone Olympus VN-5500PC Digital Voice Recorder.

### **3.4 Analyse des entretiens**

#### **3.4.1 Retranscription**

J'ai retranscrits intégralement les entretiens par écrit sur WORD J'ai veillé à respecter la confidentialité et l'anonymat des propos recueillis. Les médecins interviewés sont désignés par l'abréviation Dr, suivie du numéro correspondant à l'ordre dans lequel ils ont été rencontrés. Ainsi Dr1 est le premier médecin interviewé. L'enquêteur est désigné par les lettres RP.

Dix minutes d'entretien ont demandé en moyenne une heure et demie de retranscription.

#### **3.4.2 Analyse thématique**

J'ai choisi d'utiliser l'analyse thématique plutôt que l'analyse entretien par entretien. Cette méthode permet de mettre en évidence une cohérence inter-entretiens. Elle se réalise à partir d'une grille thématique basée sur le guide d'entretien.

Elle se déroule classiquement en 5 étapes (19)

-Familiarisation : immersion dans les données brutes en écoutant les bandes, en lisant les transcriptions et en étudiant les prises de notes afin de lister les idées clefs et les thèmes récurrents.

-Identification des structures thématiques : identifier toutes les idées, concepts et thèmes permettant d'analyser et de référencer les données. Cela dérive de réponses que l'on attend à priori, des questions tirées des buts et objectifs de l'étude et des réponses apportées par les interviewés. Le résultat de cette étape est un index détaillé des données classées dans des catégories thématiques utilisables pour l'analyse.

-Indexation des passages de texte par rapport aux structures thématiques, à l'aide de codes numériques basés sur des descripteurs de texte courts. Certains passages de texte peuvent englober plusieurs thèmes, qui doivent chacun être enregistrés, habituellement dans la marge du document de retranscription.

-Réorganisation des données selon la partie du cadre thématique à laquelle elles se rapportent

-Interprétation des données pour définir les concepts et trouver les associations entre les thèmes permettant de fournir des explications sur les résultats. Ce processus est influencé par les objectifs de recherche initiaux aussi bien que par les thèmes qui sont apparus au cours de l'étude.

Les entretiens ont été soumis à deux autres personnes pour relecture, identification des structures thématiques et indexation des passages. Cela a permis de ne pas négliger d'éléments thématiques importants et de s'assurer d'une analyse plus objective.

## 4 RESULTATS

### 4.1 Caractéristiques de l'échantillon

Le taux de réponse au téléphone a été de 91,67% soit 55 médecins. 5 sont restés injoignables, soit 8,33%. Le numéro était non attribué ou personne ne répondait malgré plusieurs tentatives à des horaires variables.

Parmi les 55 qui ont répondu,

- 22 ont déclaré ne pas intervenir en EHPAD, soit 40%.
- 33 ont déclaré intervenir en EHPAD, soit 60%. Parmi eux 26 ont refusé l'entretien soit 78,79% et 7 ont accepté l'entretien soit 21%. Cela correspond à 12,72% des médecins contactés.

#### 4.1.1 Caractéristiques socio démographique des médecins rencontrés

	Age (ans)	Sexe	Lieu d'exercice	Formations	Parcours professionnel	Nombre de patients en EHPAD
Dr1	45	F	Cabinet individuel	Thèse 99 DU de médecine tropicale	10 ans d'exercice à l'étranger. 3 ans de remplacements. Installation septembre 2014.	3 ou 4 dans un seul établissement.
Dr2	39	H	Cabinet de groupe	Thèse 2004 DU de gynéco-obstétrique	Remplacements de 2003 à 2010. Installation 2010.	4 ou 5 dans un seul établissement.
Dr3	60	H	Cabinet de groupe et médecin coordonnateur EHPAD	DU de Médecin coordonnateur	Installation 1996 Avec activité salariée parallèle à l'hôpital puis centre d'accueil pour aveugles puis médecin en EHPAD.	2 ou 3 avant de devenir coordonnateur.
Dr4	38	H	Cabinet individuel	Thèse 2008	Remplacements 5 ans. Installation juin 2009.	1 EHPAD avec 4 ou 5 patients.

Dr5	50	H	Cabinet individuel	Thèse 1996 Formation continue	Remplacements milieu rural 2 ans. Installation 1996.	5 EHPAD, 10 patients au total.
Dr6	42	F	Cabinet de groupe	Thèse 2002	Remplacements seuls 2001. 1ère installation 2002 + remplacements + Régulateur Samu jusqu'à 2è installation en 2005.	3 EHPAD, un patient dans chacune.
Dr7	70	H	Cabinet de groupe	Thèse 1975	Remplacements pendant 5 ans. Installation 1975.	5 EHPAD, 8 patients dans l'une et 1 à 2 dans les autres. Soit 12 ou 13 patients.

## 4.2 Analyse des entretiens

Les entretiens ont été menés entre le 9 octobre 2014 et le 12 mars 2015. Je me suis déplacée dans les cabinets des médecins et dans un EHPAD (Dr3).

La durée totale des entretiens est de 1 heure 30 minutes et 22 secondes. La durée moyenne d'un entretien est donc de 12 minutes et 55 secondes.

### 4.2.1 Les médecins méconnaissent les contrats de coordination

Une forte proportion des médecins interrogés, ne connaît pas le contenu de contrats de coordination.

*« RP : Savez-vous ce qu'il y a dans ces contrats ? »*

*Dr1 : Non »*

*Dr2 : « -Je ne connais absolument pas les contrats de coordination. J'en ai entendu parler.*

*(...) Comme je ne l'ai pas signé, je ne m'y intéresse pas du tout. »*

*« RP : Est-ce que vous connaissez le contenu des contrats de coordination ?*

*Dr5 : Non (...) Je ne l'ai pas lu. »*

*« RP : Est ce que vous savez ce qu'il y a dans ces contrats de coordination ?*

*Dr7 : Non*

*RP : Du tout ? Il y a même pas quelque chose qu'on vous aurait dit ? Que vous avez entendu dire et qui ne vous aurait pas plut ?*

*DR7 : J'ai pas lu la première ligne ! »*

Certains se rappellent tout de même de quelques obligations des médecins et des EHPAD.

Certains de manière spontanée, d'autres en creusant un peu plus.

*RP : Vous m'avez parlé de la liberté de prescription...*

*Dr2 : Oui et il y a quelque chose à propos des vacances aussi non ? On devait désigner nos départs en vacances ?*

*Dr4 : Ecoutez, je l'ai lu vaguement il y a peut-être 4 ans lorsque c'est paru je crois à peu près. (...). Donc la maison de retraite s'engage, je crois, à tenir informé le médecin des formations, le médecin peut assister à des formations, en fait, du personnel ... ?*

*RP : Oui*

*Dr4 : Voilà. Et côté médecin on demande, euh, pff j'sais plus ce qu'on nous demandait en gros de ne pas passer entre midi et deux... euh... et c'est à peu près tout ce dont je me souviens en fait.*

*Dr 6 : J'en ai entendu parler, euh, donc j'ai une très vague idée de ce qu'il y a dedans.*

*RP : Qu'est ce vous aviez retenu ? Qui vous avait marqué dans ces contrats ?*



*Dr6 : Ben qu'il fallait, notamment, entrer les trucs dans l'ordinateur. Qu'il fallait accepter de prendre les médicaments qui sont plus ou moins conseillés par la maison de retraite, enfin dans leur liste. Qu'il faut dire quand on est en vacances, que il y a plusieurs contraintes comme ça. Enfin après je suis pas rentrée dans le détail parce que je n'ai pas lu jusqu'au bout le truc, (...)*

Le Dr3, médecin coordonnateur, analyse cette méconnaissance de la façon suivante :

*RP : Quels arguments les médecins refusant de signer ont pu vous avancer ? Parce que certains ne savent même pas ce qu'il y a dans ces contrats*

*Dr3 : Ca ça traduit quand même un a priori négatif de leur intervention en EHPAD. Si ils venaient en EHPAD de façon positive, ils liraient le contrat. (...) Oui mais si on méconnaît c'est qu'on ne veut pas connaître aussi.*

#### **4.2.2 Les médecins ne signent que rarement les contrats de coordination**

Sur les sept médecins rencontrés, l'un d'eux est médecin coordonnateur en EHPAD (Dr3), le Dr1 aurait peut-être signé si on le lui avait proposé et le Dr4 l'a signé dans l'une des deux EHPAD où il intervenait mais pas dans l'autre.

*Dr3 : Moi en tant que médecin, ça ne m'aurait pas gêné de signer ce contrat de coordination.*

*Dr1 : Ils ne me l'ont pas proposé (le contrat de coordination, ndlr)*

*RP : Si il vous l'avait proposé, l'auriez-vous signé ?*

*Dr1 : J'aurai déjà lu ce que je signait et sans doute je l'aurai signé.*

*Dr4 : J'ai signé le contrat de celle où j'intervenais avant. Mais dans l'autre non.*

Les quatre autres ont refusé de signer le contrat de coordination, quelle que soit l'EHPAD.

*Dr2 : On m'a dit qu'il ne fallait pas les signer mais je ne sais plus pourquoi. Je n'ai jamais signé de contrat (de coordination, ndlr).*

*RP : D'accord vous avez refusé, donc, de les signer dans les 5 EHPAD ?*

*DR5 : Voilà*

*Dr6 : J'ai pas eu envie de signer*

*Dr7 : J'ai pas signé de contrat.*

#### **4.2.3 Quels sont les arguments avancés pour justifier le choix de signer ou non ?**

Le seul médecin qui a vraiment signé un contrat de coordination l'a fait pour faire plaisir à un médecin coordonnateur qu'il connaissait personnellement. Le Dr3 pour sa part, l'aurait signé car il estime que les contrats de coordination sont dans l'intérêt des patients.

*Dr3 : Je trouve que c'est un code de bonne conduite. Il n'y a pas de contrainte insurmontable et je trouve que c'est bien car ça sert le résident. On a quand même affaire à des personnes âgées, vulnérables. Il faut respecter un temps de visite, ne pas examiner les gens dans les couloirs. Prendre son temps, ne pas le déranger quand il est à table. Moi je trouve que c'est plutôt une bonne chose.*

*Dr4 : J'ai signé le contrat de celle où j'intervenais avant parce que je connaissais le médecin coordonnateur, je ne voulais pas l'embêter avec ça.*

Lorsqu'on le leur a proposé, ceux qui ont refusé de signer les contrats avancent deux grands types d'arguments

-La liberté du médecin généraliste libéral qui refuse tout engagement contractuel

*Dr2 : Je l'avais lu, il fallait que je ne le signe pas et j'étais d'accord avec les syndicats qui appelaient à ne pas signer. Mais ça fait 3 ans et je ne sais plus pourquoi. (...)*

*Dr2 : Moi je suis très attaché à ma liberté, c'est pour ça que je me suis installé en libéral. Il me semblait que dans ces contrats il fallait donner nos dates de vacances et je refuse de le faire.*

*Dr5 : Je ne signe pas de contrat supplémentaire. Je signe un contrat avec chaque patient, c'est déjà bien. Du coup avec les EHPAD non. Je ne veux pas de fil à la patte.*

*(...) On est suffisamment débordés par les contrats aujourd'hui dans notre vie quotidienne pour ne pas en signer un autre. Simplifions notre métier. On a besoin de créer du temps médical pour les gens et pas du temps administratif.*

*Dr6 : Notre patient, c'est pas la maison de retraite, c'est le patient qu'il y a dedans. (...) J'ai pas envie d'avoir un contrat avec un établissement. (...) Mon contrat il est moral et il est avec mon patient.*

*Dr7 : J'ai jamais signé et chaque fois qu'on me propose un contrat, je signe pas. J'ai dit « écoutez, vous choisissez un autre médecin, j'ai assez de patients dans l'EHPAD, donc vous choisissez un autre médecin »*

-L'inutilité, à leurs yeux de ces contrats

*Dr4 : On m'a demandé plusieurs fois de le signer et j'ai refusé à chaque fois donc j'ai fini par le lire quand même. Et puis l'ayant lu ça m'a convaincu de ne pas le signer, en fait, parce que je pense que ça ne sert pas à grand-chose. (...) Je trouve qu'on n'avait pas forcément grand-chose à gagner à signer ce truc-là, si ce n'est à s'engager effectivement à ne pas passer entre midi et deux. Bon ce qui est habituellement le cas sauf urgence, enfin je ne voyais pas trop l'intérêt de signer ce contrat. (...) Pour moi c'est un contrat qui ne sert pas à grand-chose.*

*Dr6 : Je sais toujours pas à quoi sert finalement de signer un contrat avec les maisons. Je ne vois pas ce que ça apporte en tout cas, ni au patient ni au médecin.*

*Dr7 : Est-ce qu'ils sont mieux pris en charge parce que j'aurai signé un contrat ?? Je crois pas non.*

L'analyse du Dr3, apporte également probablement un angle de vue différent, de par sa double casquette.

*Dr3 : Je pense que c'est une interférence entre un mode d'exercice libéral avec un établissement où il y a des salariés et le libéral il n'a pas envie de contraintes, par nature il est contre ça, il refuse de signer quoi que ce soit. Après je pense aussi que ça renvoie aux contraintes qu'on a avec la sécu en ville, avec les contrats d'objectifs, encore un contrat à signer, moi je ne signe pas. (...) Il y a peut-être un sentiment de peur de se faire piéger, de raser le bol de l'administratif. Il y en a un qui m'a dit « J'ai soutenu ma thèse, j'ai prêté le serment d'Hippocrate je n'ai pas besoin qu'on me donne des conseils pour bien suivre un résident ». ça peut se comprendre aussi.*

*Et puis ce décret il est sorti en peu en douce, un 30 décembre et puis après l'ARS a dit aux directeurs des EHPAD : « il faut faire signer les contrats » puis « combien de médecins ont signé les contrats ? ».*

#### **4.2.4 Depuis leur entrée en vigueur, les contrats de coordination ont peu modifié les pratiques médicales en EHPAD.**

A la question « Avez-vous remarqué un changement/une différence dans votre pratique en EHPAD depuis l'instauration de ces contrats de coordination ? » la réponse est unanime.

*Dr1 : Non*

*Dr2 : Non je n'ai pas remarqué.*

*Dr3 : En tant que médecin traitant ça n'a pas du tout modifié ma pratique.*

*Dr 4 : Ca n'a rien modifié.*

*RP : Ça n'a rien changé du tout ?*

*Dr 4 : Non*

*Dr5 : Aucune*

*RP : Il n'y a pas eu de changement ?*

*Dr5 : Vraiment aucune.*

*Dr6 : Pas du tout*

*RP : Aucun ?*

*Dr6 : Non*

*Dr7 : Je travaille toujours de la même manière moi.*

Au vu de la méconnaissance du contenu des contrats de coordination, je précise donc la question point par point. Cela a tout de même permis de mettre en évidence quelques modifications des pratiques.

Les médecins que j'ai rencontrés n'ont pas remarqué d'amélioration dans la tenue des dossiers médicaux. Ils sont plutôt réfractaires à l'utilisation des logiciels informatiques et plusieurs refusent de s'y former.

*RP : Pas d'amélioration dans la tenue des dossiers ?*

*Dr1 : Non*

*Dr2 : Je sais qu'ils ont un nouveau système informatique pour lequel ils nous ont donné des codes et que l'on est censé se former à son utilisation, ce que je ne fais pas. Je n'ai pas à me former pour leur truc.*

*RP : Les médecins libéraux se sont-ils formés à votre système informatique ?*

*Dr3 : Non, il y en a qui le font mais très peu. Il faut dire que si ils interviennent dans plusieurs EHPAD, les logiciels ne sont pas identiques et il faut se former à chacun.*

*RP : Est-ce que vous vous êtes formé à leur logiciel ?*

*Dr4 : Oui, ça il n'y a pas de problème*

*RP : Vous avez pu vous former aux logiciels des maisons de retraite ?*

*Dr5 : Non parce que quand une visite à domicile en maison de retraite prend une heure, je n'ai pas du tout envie de me former au logiciel de la maison de retraite pour que ça fasse une heure un quart.*

*Dr6 : Dans l'EHPAD où tout doit se faire sur l'ordinateur, ben j'arrive je dis « ben oui mais euh, depuis 3 mois j'ai oublié comment ça marche. Je connais juste mon code et après je sais pas comment ça marche. » Donc finalement j'ai besoin que l'infirmière soit là pour faire mon secrétariat.*

Les médecins généralistes ainsi que le médecin coordonnateur rencontrés, sont unanimes pour conclure à l'absence d'amélioration de la communication entre médecins libéraux et personnels soignant de l'EHPAD. Les réunions annuelles de coordinations organisées au sein des EHPAD, par le médecin coordonnateur, sont désertées par les médecins généralistes.

*RP : Et dans vos rapports avec le médecin coordonnateur ?*

*Dr1 : On ne le voit jamais et dès qu'il y a un problème urgent, il ne se mouille pas trop. On est souvent appelé sans qu'il ne se soit passé quoi que ce soit en urgence. (...) Le médecin coordonnateur je sais qui c'est mais je ne l'ai jamais vu plus qu'à peine « bonjour ».*

*Dr2 : Ici il y a une infirmière coordinatrice qui gère tout, c'est elle qui coordonne, qui nous appelle quand il y a besoin d'une visite ou d'un renouvellement de traitement.*

*Par contre on n'est pas très toujours bien informé quand il y a des urgences, ou quand les patients sont envoyés à l'hôpital, parfois on n'a pas le retour, ce qui peut-être gênant.*

*RP : Avez-vous remarqué des changements dans la communication entre libéraux intervenant dans l'EHPAD et les équipes soignantes ?*

*Dr3 : Pour ceux qui respectent la charte et les horaires de visite, ça améliore plutôt les choses. Puisqu'ils sont là à des moments privilégiés de la journée, sans bousculer les résidents ou perturber les soins.*

*RP : Est-ce que vous voyez plus les médecins libéraux ?*

*Dr3 : Non, pas moins, pas plus. (...) Il y a les commissions de coordination gériatriques biannuelles, où personne ne vient quasiment.*

*RP : Dans la communication avec la structure et l'équipe est-ce que vous avez vu des changements ? Une amélioration ?*

*Dr4 : Ca pour le coup non. (...)*

*RP : Vous trouvez que vous êtes bien informé quand il se passe quelque chose pour vos patients ?*

*Dr4 : Pas toujours, je ne suis pas forcément informé.*

*RP : Avez-vous assisté à des réunions de coordination ?*

*Dr 4 : Je l'ai fait une fois. Et ça m'a convaincu de ne plus y retourner. Je pense que c'était intéressant pour ceux qui sont en interne, maintenant pour les extérieurs je ne voyais pas trop l'intérêt. C'était entre midi et deux, ça s'est terminé en retard, j'étais en retard pour ma consultation.*

*Dr5 : Les médecins coordonnateurs, quand on les voit on a de la chance.*

*RP : Pas d'amélioration non plus de la coordination, de la communication avec les équipes ?*

*Dr6 : Non. Enfin j'ai pas vu de différence. (...)*

*Dr6 : Réunion de coordination, (...) de toute façon c'est pas des horaires où je suis disponible.*

*Dr7 : Il y a peut-être plus de communication avec Korian mais avec les autres, on voit personne.*



Les prescriptions médicales ont été un peu modifiées par les médecins généralistes. Ils favorisent les spécialités répertoriées dans la liste préférentielle de médicaments de l'EHPAD. Ils ne semblent rencontrer aucune difficulté pour adapter leurs prescriptions et ne se sentent pas restreints dans leur liberté de prescription.

*RP : Vos prescriptions non plus ? Puisque vous êtes sensée prescrire préférentiellement les médicaments de la liste de la pharmacie de l'EHPAD ?*

*Dr1 : Ca n'a pas changé, et si il y a avait des choses dans la liste que je trouverai astucieuses, à ce moment-là, ça ne me pose aucun problème de changer ma prescription et de m'adapter à la liste de l'EHPAD.*

*Dr2 : Je pense qu'on ne peut pas prescrire tous les médicaments qu'on désire, on nous propose d'autres médicaments. (...)*

*RP : Est-ce qu'il y a des médicaments que vous refusez de changer ?*

*Dr2 : Non parce que ce sont des médicaments génériques qui me conviennent.*

*Dr4 : Oui ça a forcément un peu modifié les prescriptions puisqu'on nous demande, dans la mesure du possible de respecter cette liste donc effectivement oui, je la respecte dans la mesure du possible.*

*RP : Et dans vos prescriptions, ça n'a rien modifié, justement à cause des listes ?*

*Dr6 : Non, rien*

*RP : On ne vous a déjà demandé de changer votre ordonnance ?*

*Dr6 : Non. J'ai pas souvenir. Enfin, ou on m'a peut-être dit « est-ce que au lieu de tel laxatif, vous voulez pas qu'on mette tel laxatif ? ». Mais ça reste sur des produits très secondaires.*

#### 4.2.5 Les contrats de coordination tombent en désuétude

Les inquiétudes des médecins libéraux concernant les contrats de coordination ne semblent plus d'actualité. Alors que des inquiétudes concernant la liberté de choix du médecin par le patient et la limitation de la liberté de prescription ont fait grand bruit dans le monde médical libéral, aucun changement significatif dans les pratiques en EHPAD n'a pu être observé. Les patients n'ont probablement pas tiré bénéfice de ce dispositif.

Ces résultats plutôt décevants quant aux objectifs affichés des contrats de coordination, seront probablement à l'origine de leur disparition. Déjà, plusieurs EHPAD ne proposent plus ces contrats aux médecins généralistes. Les ARS ne demandent plus de rapport sur la proportion de médecins libéraux signataires, lors des renégociations des conventions tripartites avec les EHPAD.

*RP : Quels arguments vous ont convaincu de ne pas signer ?*

*Dr1 : Ils ne me l'ont pas proposé*

*RP : Savez-vous si certains médecins intervenant dans cet EHPAD ont signé ces contrats ?*

*Dr2 : Je ne pense pas car le discours que j'ai eu c'est qu'ils ne proposent pas de contrat aux praticiens.*

*RP : Vous quand un nouveau médecin intervient dans cette maison de retraite, lui proposez-vous de signer le contrat ?*

*Dr3 : Plus maintenant. (...) Il faut dire aussi que les tutelles ne nous demandent plus rien. Je pense que c'est un peu en train de tomber en désuétude.*

#### 4.2.6 Les propositions des médecins généralistes pour les EHPAD

Certains médecins pensent que la prise en charge des patients en EHPAD est plutôt satisfaisante.

*Dr1 : Non elle est déjà bonne (la prise en charge des patients, ndlr), lorsque les EHPAD ont le nombre de paramédicaux suffisant. (...) Autrement la coordination entre médecins extérieurs, patients, infirmières et aides-soignants est bonne.*

*Dr6 : J'ai l'impression qu'ils sont plutôt bien pris en charge dans ces EHPAD. (...) Quand mes patients ont des soucis on m'a appelée, on m'a prévenue et voilà. J'ai trouvé que ça a été fait normalement.*

*Dr7 : Ils sont pas mal pris en charge.*

Devant de nombreuses difficultés d'ordre technique et organisationnel des visites, certains médecins ont pu proposer quelques améliorations :

*Dr4 : Ce que j'aurai aimé (...), c'est un local dédié (...) au rez-de-chaussée. Pour pouvoir examiner les patients, (...) il n'y a pas de local approprié. Ça se fait dans le box des infirmières et tout le monde passe, c'est pas... je trouve pas ça pratique. (...) Et j'aurai bien aimé aussi que par exemple que voilà, quand je passe en maison de retraite que les patients que je dois voir soient tous d'un côté, à attendre que je sois là.*

*Dr6 : Quand j'arrive si en disant à l'accueil « voilà je suis là », on me prévenait l'infirmière, qui descende et qui vienne avec moi voir le patient, pour me dire quels sont les points particulièrement à voir. (...) Mais j'ai au moins la moitié du temps où j'attends l'infirmière, je cours après le personnel soignant.*

Deux médecins pointent les difficultés de prise en charge en EHPAD du fait du manque de personnel fréquent dans ces établissements

*Dr1 : C'est ça le vrai problème de l'EHPAD. C'est aides-soignantes et infirmières en nombre suffisant pour avoir une bonne qualité de soins des résidents.*

*Dr7 : Il faudrait peut-être juste plus de personnel pour qu'ils soient mieux pris en charge dans certains établissements.*

Quatre médecins pensent que la meilleure solution pour améliorer la prise en charge en EHPAD, serait de réintroduire un médecin salarié de l'établissement, prescripteur, prenant en charge les patients.

*Dr2 : Je pense qu'il faut plus qu'il y ait de médecins généralistes qui interviennent en maison de retraite. (...) Qu'il faudrait un médecin à temps plein qui s'occupe des patients en maison de retraite et qui les connaisse bien.*

*RP : Que le médecin coordonnateur soit leur médecin traitant ?*

*Dr2 : Oui.*

*Dr3 : Dans la situation démographique médicale actuelle on sait qu'on est un peu surchargé de boulot en ville. (...) Je pense que la solution c'est qu'il y ait des médecins salariés prescripteurs.*

*Dr5 : Qu'il y ait un médecin coordonnateur (...) qui soit là, qui fasse notre boulot.*

*RP : C'est à dire qu'il soit prescripteur ?*

*Dr5 : Qu'il soit prescripteur et rémunéré par la maison de retraite. Je pense que c'est l'avenir. (...)*

*RP : D'accord. Et que les généralistes n'y aillent plus.*

*Dr5 : Oui que les généralistes n'y aillent plus.*

*Dr6 : Moi je trouve que, en maison de retraite, il devrait y avoir deux ou trois médecins attitrés, qui viennent dans la maison, qui sont pas forcément des médecins salariés de l'établissement. Mais qu'il y ait un choix très restreint. Euh, le choix quand même mais un choix restreint, pour que ce soit des gens qui viennent parce qu'ils ont 10, 20, 30 patients dans la maison. Donc on sait qu'ils vont être là plusieurs fois dans la semaine. Ca me paraît tellement plus logique. Même dans le rapport avec le personnel, on sait euh, vous arrivez on sait qui vous êtes.*

### **4.3 CONCLUSION DE CETTE ETUDE**

Les médecins rencontrés lors des entretiens refusent majoritairement de signer les contrats de coordination. Ils sont nombreux à en méconnaître le contenu. Les arguments avancés pour justifier leur refus de signer sont multiples. Certains y voient une attache contractuelle avec un établissement de soins qu'ils refusent catégoriquement, car il l'estime contraire à leur mode d'exercice libéral. Mais à la quasi-unanimité les médecins interviewés soulignent l'inutilité à leurs yeux, de la signature d'un tel contrat.

Les contrats de coordination sont entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Les objectifs visés étaient d'améliorer la coordination entre les intervenants libéraux en EHPAD et le personnel de l'établissement et d'améliorer les conditions d'exercice des médecins libéraux en EHPAD.

(15)

Force est de constater que ces objectifs ne semblent pas atteints, quatre ans après la mise en place de ces contrats. La coordination entre les médecins libéraux et le personnel des EHPAD ne semble pas avoir été modifiée depuis l'instauration de ces contrats de coordination. Les

médecins généralistes ne communiquent ni plus ni mieux avec les médecins coordonnateurs. Ils n'assistent qu'exceptionnellement aux réunions de coordination gériatriques organisées dans les EHPAD. L'indemnisation des médecins généralistes signataires des contrats, pour assister à ces réunions, ne semble pas de nature à les faire venir. La communication et la transmission des informations sont souvent difficiles du fait du manque de disponibilité du personnel dans les EHPAD. Les médecins généralistes se forment peu aux logiciels de prescription et de gestion des dossiers médicaux des EHPAD. Par contre ils se plient facilement à la prescription de médicaments dans la liste préférentielle de l'EHPAD. C'est la principale modification dans leur pratique qu'ils attribuent à l'instauration des contrats de coordination. Il est pourtant à noter que la notion de ces listes de médicaments préférentiels gériatriques a été introduite lors de la réorganisation du mode de rémunération des EHPAD. Leur élaboration est l'une des missions du médecin coordonnateur d'EHPAD, depuis l'arrêté du 26 avril 1999 (20) et son décret d'application de mai 2005 (13). Les contrats de coordination n'ont fait que remettre en avant cette disposition et ont permis leur généralisation.

La mise en place des contrats de coordination, malgré les craintes soulevées par les médecins libéraux et leurs représentants, n'a donc eu quasiment aucun impact sur leur intervention en EHPAD ou sur la coordination des intervenants. Ce constat est confirmé par leur probable abandon progressif. Les tutelles des EHPAD ne tiennent plus compte du nombre de médecins signataires lors des renégociations des conventions tripartites. Plusieurs EHPAD ne les proposent plus aux médecins généralistes. Les nombreux médecins libéraux non signataires des contrats de coordination, continuent tout de même à intervenir dans les EHPAD malgré l'interdiction légale théorique.

On observe que la volonté majoritaire des médecins que j'ai interviewés est de limiter au maximum leurs interventions en EHPAD. Seuls deux médecins rencontrés (dont un médecin venant de s'installer) acceptent de suivre de nouveaux patients venant d'être admis en EHPAD. Tous les autres acceptent seulement de poursuivre la prise en charge de leurs patients une fois qu'ils sont institutionnalisés et uniquement lorsque l'EHPAD se situe à proximité de leur cabinet.

Il semble donc urgent de réorganiser la prise en charge des personnes âgées au sein des EHPAD. Les médecins généralistes font quelques propositions, comme avoir une salle dédiée pour leurs consultations, ne pas avoir à chercher le résident dans l'établissement et rencontrer plus facilement les membres de l'équipe de soins pour améliorer la qualité de transmission des informations médicales. L'idée majoritaire semble tout de même être celle visant à remettre en place le principe d'un ou plusieurs médecins prescripteurs salariés de l'établissement en charge du suivi et de la prise en charge des patients institutionnalisés.

## 5 DISCUSSION

### 5.1 Limites de cette étude

La méthode de constitution de l'échantillon ne permet pas d'obtenir un échantillon représentatif des médecins généralistes de la région. La majorité des médecins que j'ai rencontrés refusent de signer les contrats de coordination et ne suivent que peu de patients en EHPAD. Le faible nombre de médecins interrogés, vient, d'une part de la difficulté à obtenir un rendez-vous (12.7% de médecins contactés ont accepté) mais surtout de la saturation rapide des données recueillies.

Les médecins n'avaient pas accès au guide d'entretien avant notre rendez-vous. Cela a permis d'obtenir des réponses plus spontanées et objectives. Il faut toutefois tenir compte du biais lié au recueil de données déclaratives.

Les statistiques issues de la réponse au téléphone ne sont pas très fiables non plus. Il m'est arrivé plusieurs fois, qu'un médecin m'oriente vers un collègue « *qui intervient beaucoup en EHPAD* » alors que ce dernier m'a répondu ne pas y intervenir, lors de notre échange téléphonique. Le taux de médecins intervenant en EHPAD doit être plus élevé que celui trouvé dans mon échantillon, ainsi que le taux de refus parmi ceux qui interviennent en EHPAD.

Le délai de quatre ans et demi à cinq ans entre la mise en place des contrats de coordination et le moment du recueil des entretiens, amplifie probablement la mauvaise connaissance de leur contenu par les médecins généralistes. D'autant plus qu'ils ne font plus l'actualité dans le milieu médical.



## 5.2 Les mêmes difficultés rencontrées depuis 2010

En s'appuyant sur plusieurs études et en utilisant des données recueillies lors de mes entretiens, il est frappant de remarquer que malgré les mesures mises en œuvre depuis plusieurs années, les difficultés rencontrées par les médecins généralistes restent identiques.

La première étude (21) est une enquête réalisée auprès de médecins généralistes exerçant en Côte d'Or et intervenant en EHPAD. Elle a été menée entre mars et mai 2010. Cette étude a mis en évidence « *les points à améliorer* » en EHPAD. On y trouve par ordre de fréquence du thème abordé :

-la coordination des intervenants « *la prise en charge des patients par un médecin ayant une capacité de gériatrie serait souhaitable (...) Le rôle et l'intérêt du médecin coordonnateur sont quelquefois discutés. Quelques médecins envisagent l'avenir avec un modèle de médecin salarié des EHPAD, favorisant une meilleure prise en charge des résidents.* »

-le dossier médical : « *le logiciel informatique est considéré comme complexe. Une homogénéisation des logiciels est souhaitée. (...) Le temps consacré à l'administratif est trop important. Un vrai bureau avec un accès facile, où le médecin puisse s'installer, est réclamé.* »

-Le personnel : « *Les infirmiers sont absents dans certains établissements par manque de disponibilité ou d'effectif. (...) L'infirmier n'est parfois pas joignable. (...) Le retour sur les prescriptions antérieures fait parfois défaut.* »

-Le mode de rémunération : « *La rémunération égale à une consultation en cabinet est considérée comme insuffisante pour un travail de soins apporté à la personne âgée plus complexe et surtout plus chronophage. (...) La cotation de l'acte en EHPAD n'étant pas assez valorisée (...).* »

La deuxième étude (22), menée en 2010 a utilisé la méthode des « focus group » et est en partie basée sur deux entretiens de groupes avec au total onze médecins généralistes exerçant en Languedoc-Roussillon et intervenant en EHPAD. Plusieurs difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de leurs visites en EHPAD ont été mises en évidence : les contraintes administratives importantes, le manque de personnel dans les EHPAD ainsi que leur fréquent manque de qualification, la mauvaise tenue des dossiers médicaux et la complexité des logiciels de prescription, qui sont souvent mal conçus. Mais aussi le manque de communication avec les médecins coordonnateurs et les difficultés quant à leur intrusion dans le suivi des patients.

Le premier janvier 2011, l'entrée en vigueur des contrats de coordination ne semble pas avoir fait évoluer les difficultés rencontrées.

En effet la troisième étude (23) réalisée à partir de 23 entretiens avec des médecins généralistes a été menée en juin 2011. Elle met en évidence que 4 médecins sur 23 souhaitent arrêter d'intervenir en EHPAD et que 16 médecins sur 23 souhaitent continuer d'y intervenir mais en apportant quelques changements. Parmi ces changements on trouve à nouveau :

- diminuer les pertes de temps inutiles : *extraits d'entretiens : n°5 : « il faut trouver le malade (...), il faut trouver l'infirmière, il faut trouver le dossier, on ne sait pas toujours pourquoi on passe ».*
- Améliorer la coordination des soins et les relations avec les médecins coordonnateurs : *« 60% des médecins interrogés considèrent comme inexistante cette relation. »*
- Uniformiser les dossiers médicaux : *extrait entretien n°23 : « Ce qu'il faudrait changer c'est le logiciel informatique qui n'est pas pratique et me fait perdre beaucoup de temps. »*

- Augmenter le nombre de personnel paramédical dans les EHPAD et leur niveau de qualification : *entretien N°7 « Pour trouver les infirmières c'est parfois la galère. (...) Il faudrait surtout augmenter le temps infirmier »*

- Revaloriser la rémunération des visites en EHPAD.

Quatre médecins sur les 23 interrogés évoquent déjà la solution d'un médecin prescripteur unique salarié de l'EHPAD, assurant la prise en charge des patients.

Lors de ces entretiens réalisés six mois après l'entrée en vigueur des contrats de coordination, seuls six des vingt-trois médecins en ont évoqué l'existence. Aucun ne l'avait signé, tout en continuant à suivre leurs patients. Ils mettaient en avant pour motiver leur refus, l'inquiétude quant à leur liberté de prescription et de prise en charge des patients, ainsi que la volonté de garder un statut uniquement libéral. Ils étaient dans l'attente de l'examen des recours déposés par le CNOM contre l'arrêté du 30 décembre 2010 (5).

Une autre étude menée en 2013, par l'union régionale des représentants des professionnels de santé (URPS) des Pays de la Loire (24) met en évidence que les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes en EHPAD sont à nouveau similaires :

- La perte de temps due au fait que le patient n'est pas prêt à leur arrivée dans l'établissement.
- L'hétérogénéité des systèmes d'information dans les EHPAD, la difficulté d'accès physique à l'ordinateur et la nécessité d'une double saisie des informations (EHPAD et cabinet).
- L'indisponibilité des professionnels de l'EHPAD.
- L'absence d'un lieu de consultation à disposition pour leurs interventions,
- L'indisponibilité des informations médicales.
- La nécessité de réévaluer le niveau de rémunération des visites en EHPAD

Cette dernière étude montre également que 77% des médecins généralistes interrogés et intervenant en EHPAD n'ont pas signé de contrat de coordination.

## **5.1 Perspectives démographiques en France**

### **5.1.1 Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans à l'horizon 2060**

Les projections de l'INSEE estiment que la France métropolitaine devrait compter 73,6 millions d'habitants d'ici 2060, si les tendances démographiques actuelles se maintiennent (25). Soit une augmentation de 11,7 millions d'habitants entre 2007 et 2060. Lorsque l'on examine les chiffres par tranche d'âge, on remarque que cette augmentation repose principalement sur une hausse de 10,4 millions de personnes de plus de 60 ans, soit une augmentation de 80%. Alors que les plus de 60 ans représentaient 21% de la population française, ils seront 32% en 2060. La plus forte augmentation est pour les personnes les plus âgées. Les plus de 75 ans devraient passer de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 et les plus de 85 ans de 1,3 à 5,4 millions. Cette forte augmentation devrait se dérouler en deux phases. Une augmentation très rapide jusqu'en 2035 qui deviendrait moins forte mais continue jusqu'en 2060.

Ces chiffres impressionnants laissent présager une aggravation des problématiques liées à la dépendance des personnes âgées. L'organisation actuelle de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et les structures en place sont loin de pouvoir répondre à l'augmentation massive de la demande attendue dans les 20 prochaines années.

### **5.1.2 Démographie médicale**

D'après les projections statistiques (26), si les tendances actuelles se maintiennent, le nombre de médecins actifs passerait de 208 000 en 2006 à 188 000 en 2019, diminuant ainsi de 9,7 %. Après 2019, les effectifs médicaux repartiraient à la hausse pour revenir à un niveau proche de leur niveau actuel en 2030 (206 000).

Ces projections peuvent paraître rassurantes au premier abord. Mais il faut également tenir compte des projections de l'évolution de la population française.

Une élévation continue de la population, pour atteindre une augmentation totale de 10%, est attendue entre 2006 et 2030. Par conséquent, malgré le retour en 2030 des effectifs médicaux au niveau de 2006, le nombre de médecin par habitant, c'est à dire la densité médicale, devrait chuter fortement, passant de 327 à 279 médecins pour 100 000 habitants entre 2006 et 2020 et remonterait à 295 à l'horizon 2030, soit une baisse de 10,6% par rapport à 2006.

La problématique de la prise en charge des personnes âgées dépendantes est donc urgente à solutionner, d'autant plus lorsque l'on sait que la demande de soins va exploser alors que la densité médicale est attendue à la baisse d'ici 2030.

## **5.2 L'EHPAD à domicile, une nouvelle piste pour l'organisation de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées ?**

ARS Franche comté a fait un appel à projet en juillet 2014 pour la création de 20 places d'EHPAD à domicile (27). Ce dispositif expérimental aurait pour but de satisfaire la demande croissante de maintien des personnes âgées à leur domicile. Il se substituerait à toutes les structures actuellement mobilisables au domicile, mais qui font appel à de nombreux intervenants, posant des problèmes de coordination et de permanence de soins. Ces 20 places d'EHPAD à domicile seraient une extension des places d'accueil de l'EHPAD porteur du projet. Le principe serait de mobiliser les ressources de l'EHPAD, au domicile de patients en situation de dépendance (GIR 1 à 4) pour leur assurer une prise en charge globale et coordonnée qui réponde à l'ensemble des besoins en matière d'hébergement, de soins et de dépendance.

Ce projet a été abandonné en décembre 2014 car un seul projet, ne répondant pas au cahier des charges a été déposé.

Dans une conférence consacrée au vieillissement le 10 octobre 2014, le Conseil Général des Hauts de Seine, en partenariat avec l'ARS, a déclaré vouloir mettre en place un projet d'EHPAD à domicile. Il devrait également se doter d'un comité d'experts pour le développement des « gérontechnologies ». Ce comité, qui sera lui aussi créé en 2015, réfléchira aux innovations à apporter pour améliorer le quotidien des personnes âgées, notamment dans le domaine de la domotique, du soin et de la lutte contre l'isolement.

Il semble que le principe de ces « EHPAD à domicile » repose avant tout sur les innovations technologiques, permettant une surveillance permanente du patient âgé dépendant à son domicile. On équiperait le domicile de dispositifs de détection des chutes, de prévention de la malnutrition, de monitoring des fonctions vitales (tension artérielle, température) le tout relié à une plateforme de téléassistance. La plateforme gèrerait à distance les problématiques de faible gravité et pourrait alerter sur la nécessité d'envoyer une infirmière, par l'EHPAD partenaire, directement au domicile du patient en danger.

Le terme EHPAD à domicile ne semble pas vraiment approprié à ce type de prise en charge et il sera probablement modifié dans un futur proche.

Le développement des nouvelles technologies dans le secteur gériatrique devrait apporter de nouvelles solutions d'aide au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Ce concept d'EHPAD à domicile est probablement l'un des prochains chantiers de la réorganisation des structures de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

## 6 CONCLUSION

Les contrats de coordination entre les EHPAD et les médecins généralistes exerçant une activité libérale en EHPAD n'ont pas atteints leurs objectifs. Les pratiques médicales et les conditions d'intervention des généralistes en EHPAD n'ont pas été modifiées. La coordination entre le personnel des EHPAD et les médecins généralistes qui y interviennent ne s'est pas améliorée. Ce constat d'échec est confirmé par la disparition progressive des contrats de coordination que les ne proposent plus aux médecins généralistes et dont les ARS ne tiennent plus compte lors des renégociations budgétaires.

Les médecins généralistes rencontrent toujours les mêmes difficultés lors de leurs visites en EHPAD. Ils semblent de plus en plus nombreux à souhaiter limiter au maximum leurs interventions dans ces établissements.

Dans le contexte démographique actuel, avec la désertification médicale progressive et l'explosion du nombre de plus de 65 ans d'ici 2050, il semble urgent de réorganiser la prise en charge des patients âgés dépendants. L'idée d'un médecin prescripteur, salarié de l'EHPAD, en charge du suivi et du traitement des patients progresse dans les mentalités médicales. De même le développement des nouvelles technologies, appliquées aux problèmes de maintien à domicile des populations gériatriques dépendantes, pourrait apporter de nouvelles solutions et élargir l'offre de prise en charge.

## 7 Bibliographie

1. *Plan Solidarité et Vieillesse 2003*. [accédé le : 13 mai 2015] URL : <http://www.assemblee-nationale.fr/12.pdf/rap-info/1091-t2v2-an13-2.pdf>, .
2. *13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD* : missions, valorisation du métier de médecin coordonnateur et relations des EHPAD avec les professionnels libéraux en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents : rapport de mission remis à Madame Nora Berra, secrétaire d'Etat aux aînés. décembre 2009. (accédé le 13/05/2015) URL : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/414410/>.
3. LOI n° 97-60 du 24 janvier 1997. *tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique*. [consulté le 13/05/2015] URL : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703>.
4. Décret 2010-1731 du 30 décembre 2010. *relatif à l'intervention de professionnels de santé exerçant à titre libéral en EHPAD*. [consulté le 13/05/2015] URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023334101&dateTexte=&categorieLien=id>.
5. Arrêté du 30 décembre 2010 . *fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. [accédé le 13/05/2015] URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023334544&categorieLien=id>.
6. **LEGMAN M.** *Lettre envoyée à Mme Berra, Secrétaire d'Etat aux aînés*. 10 février 2010. [consulté le 13/05/2015] URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/reforme-du-fonctionnement-des-ehpad-973>.



7. **Inspection des affaires sociales.** *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Evaluation de l'option tarifaire dite globale.* 2011. RM2011-113P.

8. Conseil d'État, 1<sup>ère</sup> et 6<sup>ème</sup> sous-sections réunies, 20/05/2011, 347098, Inédit au recueil Lebon. [consulté le 13/05/2015] URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000024062946&fastReqId=347208760&fastPos=1>. 347098.

9. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** EHPAD : signature d'un contrat type ? 7 février 2011.

10. Conseil D'Etat, 1<sup>ère</sup> et 6<sup>ème</sup> sous-sections réunies, 20/03/13, 345885, Inédit du recueil Lebon. [consulté le 15/05/2015] URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000027198405&fastReqId=2129712703&fastPos=1>.

11. Circulaire N°DSS/MCGR/2011//96 du 11 mars 2011. *relative à la mise en place du suivi du déploiement des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD.* [consulté le 15/05/2015] URL : [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-04/ste\\_20110004\\_0100\\_0049.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-04/ste_20110004_0100_0049.pdf).

12. **MALBEC, J.C.** *Missions du médecin coordonnateur.* Cours pour le DU de médecin coordonnateur d'EHPAD de l'Université Paris 5 René Descartes, [consulté le 15/05/2015] URL : <http://ehpad.org/Formation/missions-du-medecin-coordonateur>.

13. Article D312-158 du code de l'action sociale et des familles. Créé par le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005. *relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.*

14. LOI n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. [consulté le 15/05/2015] URL :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>.

15. **Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, ministère des solidarités et de la cohésion sociale.** Document de communication relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pour la direction de la Sécurité sociale, le 14 mars 2014. [consulté le 06/07/2015]

URL : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document\\_communication\\_intervenants\\_liberaux\\_ehpad.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_communication_intervenants_liberaux_ehpad.pdf).

16. **ARS Alsace.** Arrêté portant modifications du programme pluriannuel régional du risque au titre de l'année 2013. 14 juin 2013. 2013/791.

17. **ARS Rhône-Alpes.** Enquête sur les médecins coordonnateurs, les filières gériatologiques, les commissions de coordination gériatriques et le suivi du déploiement des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD. 20 mai 2014.

18. *Annuaire Sanitaire et Social*. [consulté le 15/09/2014] URL : <http://www.sanitaire-social.com>.

19. **Pope C, Ziebland S, Mays N.** *Qualitative research in health. Care Analysing qualitative data*. s.l. : BMJ, 2000.

20. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. [consulté le 15/09/2014] URL : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=7F5FED286CD0A99B254C3927A63D59BC.tpdjo12v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000395786&dateTexte=19990427](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=7F5FED286CD0A99B254C3927A63D59BC.tpdjo12v_3?cidTexte=JORFTEXT000000395786&dateTexte=19990427).

21. **VEUILLOTTE I.** Implication des médecins libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, 98p. Thèse : Médecine : UFR Sciences de Santé Dijon : 2011. BIUM.
22. **PETIOT, V.** Evaluation qualitative de la relation médecin traitant - médecin coordonnateur intervenant en EHPAD par la méthode des "focus-group" menée en 2010. Thèse : Médecine : Faculté de médecine de Montpellier : 2011. BIUM.
23. **GARREC VILLANT, C.** Médecins généralistes : leur travail en EHPAD et leur relations avec les médecins coordonnateurs : entretiens avec 23 médecins généralistes de Loire Atlantique. Thèse : Médecine : Faculté de médecine Paris Descartes : 2011. BIUM.
24. **MOUSSET, Aurélien.** Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux en EHPAD dans la région Pays de la Loire. s.l. : URPS Pays de la Loire, 2014.
25. **BLANPAIN N, CHARDON O.** *Projections de population à l'horizon 2060 - Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. InseePremiere N°1320.* octobre 2010.
26. **ATTAL-Toubert K, VANDERSCHULDEN M.** La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. s.l. : Dossier Solidarité et Santé n°12, Drees, novembre 2009.
27. Avis d'appel à projet n°2014-04 - EHPAD à domicile. ARS Franche Comté, Conseil Général du territoire de Belfort.

## 8 ANNEXE 1 : Le contrat type

- Modifié par Conseil d'Etat, décision n° 345885, 347098, 349805, 352641 du 20 mars 2013, article 1er

### CONTRAT TYPE PORTANT SUR LES CONDITIONS D'INTERVENTION DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Entre :

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes XXXXX (ci-après désigné par le terme EHPAD), représenté par son directeur M. ou Mme XXXXX,

D'une part,

Et :Dr. XXXXX, médecin libéral intervenant au même titre dans l'EHPAD déclaré comme médecin traitant d'un ou plusieurs résidents (ci-après désigné par le terme médecin traitant),

D'autre part.

Considérant que :

- l'article L. 1110-8 du code de la santé publique et l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale garantissent la liberté du choix du praticien au malade ;
- l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles rappelle que l'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne prise en charge au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Conformément à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, une charte des droits et libertés de la personne accueillie est délivrée au résident ou à son représentant ;
- l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles prévoit que : des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant et intervenant à titre libéral sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- ces conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral visent notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation ;
- un contrat sur ces conditions est conclu entre le professionnel et l'EHPAD ;
- l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles donne obligation aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de comporter un médecin coordonnateur dont le statut et les missions sont définis aux articles D. 312-156 et suivants du même code.

Il est convenu ce qui suit :

#### Préambule

Dans le respect de la législation, l'EHPAD respecte la liberté des résidents de choisir leur médecin traitant qui, pour pouvoir intervenir au sein de l'EHPAD, conclut avec celui-ci le présent contrat. Dans le cas où le résident n'aurait pas de médecin traitant, l'établissement lui propose, à titre informatif, la liste des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD signataires dudit contrat.

## Article 1er

### Objet du contrat

L'accueil d'un résident dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et sa bonne prise en charge par une équipe soignante impliquent un contexte différent de soins de celui existant au domicile et rendent nécessaire l'organisation d'une coopération entre l'établissement et le médecin traitant libéral désigné par le résident ou son représentant légal.

Dans l'intérêt du résident, le présent contrat a donc pour but de lui assurer une prise en charge et des soins de qualité à travers, notamment, une bonne coopération entre le médecin traitant, l'EHPAD et le médecin coordonnateur de l'établissement. Par ailleurs, l'EHPAD est tenu de veiller au respect de la réglementation, d'assurer les conditions de mise en œuvre des bonnes pratiques médicales notamment par l'intermédiaire du médecin coordonnateur et de garantir le bon fonctionnement au quotidien de l'équipe soignante de l'établissement.

Le présent contrat vise donc à décrire les conditions particulières d'intervention des médecins exerçant à titre libéral au sein de l'EHPAD afin d'assurer notamment la transmission d'informations, la coordination, la formation en vue d'une qualité des soins, qui pourra être renforcée dans le cadre du développement professionnel continu des professionnels de santé.

Les conditions particulières d'exercice décrites ci-dessous garantissent ainsi, d'une part, au résident le respect de la charte des droits et libertés et les engagements du contrat de séjour et, d'autre part, au médecin, la liberté d'exercice dans le respect des règles déontologiques (1) en coopération avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'EHPAD afin qu'il puisse s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins de l'EHPAD.

(1) Code de déontologie médicale : code de la santé publique, articles R. 4127-1 à R. 4127-112.

## Article 2

### Modalités d'intervention et de transmission d'information relatives à l'intervention du médecin libéral dans l'EHPAD

2.1. L'EHPAD s'engage à présenter au médecin traitant :

- le projet d'établissement et, en lien avec le médecin coordonnateur, le projet de soins et les protocoles de soins qui s'y rapportent ;
- le rôle et les missions du médecin coordonnateur ;
- le rôle et les missions du pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur (PUI) ou, pour les EHPAD sans PUI, des pharmaciens d'officine dispensatrices et du pharmacien d'officine référent mentionné à l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique, ainsi que le circuit du médicament retenu par l'EHPAD ;
- le fonctionnement de l'EHPAD, le règlement de fonctionnement prévu à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles, les objectifs qualité de la convention tripartite et le régime de dotation dont relève l'établissement ;
- toutes notes ou directives adressées par les autorités sanitaires et publiques

intéressant le médecin traitant.

2.2. L'EHPAD s'engage à faciliter l'accès et l'intervention du médecin traitant en :

- assurant la conservation des dossiers médicaux et de soins des résidents et leur accessibilité, y compris en cas d'urgence, dans des conditions propres à assurer leur confidentialité par des modalités pratiques dont il donne la description et qui sont annexées au présent contrat ;
- mettant à disposition du médecin traitant les informations nécessaires au suivi médical du résident par une transmission ou un contact avec le médecin coordonnateur ou un membre de l'équipe soignante ;
- respectant l'intimité des personnes et garantissant les bonnes conditions du déroulement du colloque singulier avec les résidents ;
- l'informant au préalable de la liste des produits de santé ayant fait l'objet d'une convention d'achat avec un fabricant/fournisseur d'une marque donnée (dispositifs médicaux ou produits diététiques) tenue à sa disposition ;
- lui transmettant la liste des médicaments dans chaque classe pharmaco-thérapeutique à utiliser préférentiellement.

2.3. Le médecin traitant s'engage à :

- adhérer aux objectifs du projet de soins de l'EHPAD ;
- respecter la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement de l'EHPAD prévu à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles et éviter pour ses visites, sauf urgence, les horaires de repas ;
- assurer la continuité des soins conformément à l'article R. 4127-47 du code de la santé publique, hors permanence des soins ;
- participer dans la mesure du possible à la vie médicale de l'établissement (participation à l'élaboration ou révision de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement en lien avec le médecin coordonnateur et le pharmacien chargé de la gérance de la PUI ou le pharmacien d'officine référent pour les EHPAD sans PUI) ;
- prendre en compte dans ses prescriptions les spécificités de fonctionnement de l'EHPAD évoquées au 2.1. ;
- signaler sa présence lors de son arrivée dans l'établissement afin de faciliter au personnel soignant la transmission des informations.

### Article 3

#### Modalités de coordination des soins entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur

Cet article étant relatif à la coordination des soins et au suivi médical des patients, il traite des relations entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur, salarié de l'EHPAD.

3.1. Conformément à ses missions, le médecin coordonnateur est chargé de :

- mettre en place le dossier médical et de soins type du résident. Le dossier est accessible au médecin traitant 24 h/24 au sein de l'EHPAD et dans des conditions propres à assurer sa confidentialité telles que décrites au 2.2 et figurant en annexe au présent contrat. Il doit contenir toutes les informations sur l'état de santé du résident et,

notamment, sur les actes médicaux qui ont été pratiqués, soit par les médecins spécialistes, soit en cas d'urgence en l'absence du médecin traitant ;

- présenter le projet de soins de l'EHPAD au médecin traitant en lien avec la direction, l'équipe soignante et les autres professionnels de santé intervenant ;

- informer le médecin traitant des protocoles de soins et des procédures de prise en charge au sein de l'EHPAD, notamment les diverses recommandations de bonnes pratiques gériatriques ;

- réunir dans le cadre de la commission de coordination gériatrique les professionnels de santé libéraux exerçant dans l'EHPAD afin de les consulter sur le projet de soins, et, notamment les protocoles de soins gériatriques ;

- dresser la liste des médicaments à utiliser préférentiellement par classe pharmacothérapeutique en collaborant avec les médecins traitants et le pharmacien gérant la PUI ou le pharmacien référent ; si le médecin prescrit néanmoins un produit autre que celui retenu dans l'EHPAD, s'agissant de médicaments, de dispositifs médicaux ou de produits diététiques, le médecin coordonnateur, le pharmacien ou l'infirmière de l'EHPAD le contacte pour lui proposer de le remplacer par un produit équivalent de la liste susmentionnée, s'il existe.

3.2. Afin d'assurer la coordination des soins autour du patient et de garantir la qualité de la prise en charge au sein de l'EHPAD, le médecin traitant s'engage à collaborer avec le médecin coordonnateur et le pharmacien chargé de la gérance de la PUI ou le pharmacien référent qui concourent à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents.

Tout particulièrement, le médecin traitant s'engage à :

- constituer, après consentement éclairé du patient ou de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, à partir des informations et documents pertinents dont il dispose, le dossier médical du patient à son arrivée dans l'EHPAD facilitant la continuité des soins ;

- renseigner le volet médical du dossier médical et de soins du résident à chaque visite, en respectant, le cas échéant, les modèles-type de dossiers médicaux et de soins mis en place par le médecin coordonnateur. Le dossier médical et de soins du résident est conservé dans l'EHPAD ;

- échanger autant que de besoin sur le projet individuel de soins du résident avec le médecin coordonnateur ;

- mettre en œuvre les bonnes pratiques, dont la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques. Par ailleurs, il est consulté lors de l'élaboration des protocoles ;

- prescrire préférentiellement au sein de la liste des médicaments par classe pharmacothérapeutique ;

- participer à une réunion par an organisée par le médecin coordonnateur telle que prévue à l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles relative à l'organisation des soins dans l'EHPAD et pouvant s'appuyer sur les revues de morbi-mortalité. Sa participation est indemnisée par l'EHPAD sur le fondement des articles R. 313-30-2 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

## Article 4 Modalités de formation

4.1. L'EHPAD s'engage à :

- informer le médecin traitant des formations internes d'ordre médical dispensées aux salariés de l'établissement et auxquelles ce dernier peut assister ;
- assurer au médecin traitant, si le dossier est informatisé et si nécessaire, une information à l'utilisation du logiciel médical.

4.2. Le médecin traitant s'engage à prendre en compte dans sa pratique médicale les référentiels de bonnes pratiques gériatriques mises à disposition par le médecin coordonnateur.

## Article 5 Droit de rétractation

(Annulé)

## Article 6 Résiliation du contrat et règlement des litiges

En cas de désaccord soulevé par l'interprétation du présent contrat ou par son exécution, les deux parties conviennent de soumettre leur différend à deux conciliateurs afin de trouver une solution à l'amiable. L'un des conciliateurs devra être un membre du conseil départemental de l'Ordre des médecins, l'autre est choisi par le directeur de l'EHPAD. Le médecin traitant et le directeur de l'EHPAD peuvent se faire assister par la personne de leur choix.

## Article 7 Communication du contrat

Ce contrat en application de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique, sera communiqué, dans le mois qui suit sa signature, par le praticien, au conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel il est inscrit.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

(En X exemplaires originaux)

Signataires :

Directeur EHPAD

Médecin traitant



**TITRE :** Contrat de coordination entre médecins traitants et établissements de soins pour personnes âgées dépendantes : qu'en pensent les généralistes ? Enquête auprès de médecins généralistes des Yvelines.

## **RESUME**

**INTRODUCTION :** Les contrats de coordination entre médecins traitants et EHPAD sont entrés en vigueur en 2011. Leurs objectifs sont de renforcer la coordination des intervenants et les conditions d'exercice des médecins généralistes en EHPAD pour améliorer la prise en charge des résidents. Inquiets des risques de restrictions des libertés du médecin et des patients, Les médecins généralistes et leurs représentants ont plutôt rejeté ces contrats.

**OBJECTIFS :** Recueillir l'avis des médecins généralistes sur ces contrats. Accord ou refus de les signer, quels sont les arguments avancés ? Quels sont les changements observés dans leurs pratiques en EHPAD depuis leur instauration ? Quelles évolutions leur semblent nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des patients en EHPAD ?

**METHODE :** Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes libéraux exerçant en EHPAD. Analyse thématique des données recueillies après retranscription et anonymisation.

**RESULTATS :** 7 médecins généralistes exerçant en EHPAD dans les Yvelines ont été interrogés. Ils ont majoritairement refusé de signer ce contrat alors qu'ils en méconnaissent le contenu. Ils sont attachés à la liberté inhérente à leur statut libéral mais l'argument principal est l'inutilité, à leurs yeux, d'un tel contrat pour améliorer la prise en charge des patients. Leurs pratiques ont été peu modifiées depuis l'instauration des contrats de coordination. Ils se forment peu aux logiciels informatiques et n'assistent pas aux réunions de coordination. Ils ne se sentent pas restreints dans leur liberté de prescription, par la liste préférentielle de médicaments que l'EHPAD leur demande de privilégier dans leurs ordonnances. Les contrats de coordination tombent en désuétude. Plusieurs EHPAD ne les proposent plus aux médecins généralistes, car les tutelles n'en demandent plus compte. Les médecins généralistes interrogés proposent la mise en place d'un local dédié à leur disposition, un personnel en nombre suffisant dans les EHPAD mais surtout l'instauration d'un médecin salarié de l'établissement, en charge du suivi des patients.

**DISCUSSION :** Les médecins généralistes rencontrent les mêmes difficultés depuis plusieurs années lors de leurs interventions en EHPAD. Les contrats de coordination n'ont pas apporté de réelle amélioration des conditions d'intervention des médecins libéraux ni de bénéfice pour leurs patients. Au vu de l'augmentation de 6.7 millions de personnes de plus de 75 ans attendue d'ici 2060 et de la baisse de la densité médicale annoncée, il semble urgent de réorganiser profondément l'offre de soins proposée aux personnes âgées dépendantes. L'une des solutions récemment proposée pourrait être « l'EHPAD à domicile », en s'appuyant sur les nouvelles technologies appliquées aux problèmes de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

**MOTS CLES :** médecine générale, enquête qualitative, entretiens semi-dirigés, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, coordination, contrat

**TITLE:** Contract of coordination between general practitioners and MHR: what do general practitioners think of it? Survey of general practitioners of Yvelines.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Contracts of coordination between general practitioners and medicalized homes of retirement (MHR) came into effect in 2011 in France. Their objective is to strengthen the coordination of health care professionals and the conditions of exercise of general practitioners in MHR to improve the coverage of the residents. General practitioners and their representatives rather rejected these contracts, worried about the risks of restriction upon liberties of doctors and patients.

**OBJECTIVES:** To collect opinion of general practitioners on these contracts. Whether it is accepted or rejected, what are the arguments? What are the observed changes in their practices in MHR since their implement? Which evolutions seem necessary to them to improve management of patients in MHR?

**METHOD:** Qualitative study by individual interviews semi-managed with general practitioners working in MHR. Thematic analysis of collected data after retranscription and anonymization.

**RESULTS:** 7 general practitioners who work in MHR in the Yvelines were interviewed. They mainly refused to sign this contract while they underestimate the content. They are attached to the inherent freedom of their liberal status but the main argument is the uselessness, for them, of such a contract to improve the management of patients. Moreover, their practices were barely modified since the institution of the contracts: they barely train for the software of the institutes and do not attend coordination meetings. They do not feel restricted in their freedom of prescription by the preferential list of medicine which MHR ask to favor in their prescriptions. Contracts of coordination go out of use: several MHR do not propose it because the guardianship does not ask for it anymore. The interviewed general practitioners suggested the dedication of a place to their disposal, a staff in sufficient number in MHR but especially the institution of a salaried doctor for the institute, in charge of the follow-up of patients.

**DISCUSSION:** General practitioners have met the same difficulties for several years during their interventions in MHR. Contracts of coordination did not sufficiently improve neither the conditions of intervention of liberal doctors nor benefits for their patients. In view of an increase of 6.7 million people over 75 years old expected before 2060 and a decrease in medical density before 2035, it seems urgent to profoundly reorganize the offer of care proposed to the dependent elderly. One of the solutions proposed recently could be "the MHR at home ", based on new technologies applied to issues linked to the preservation of dependent elderly at home.

**KEY WORDS:** General practitioner, coordination, medicalized homes for retirement

Université Paris Descartes  
Faculté de médecine Paris-Descartes,  
15 rue de l'école de médecine  
75270 Paris Cedex 06